

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/26064>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Terecht wijzen de auteurs op de begripsfouten ten aanzien van de verschillende drukken. Beter is het inderdaad om te spreken over een druk direct na inspanning dan over een inspanningsdruk. Ook een druk 5 min na inspanning is niet hetzelfde, zoals zij terecht opmerken, als een relaxatiedruk. Wij zijn het met de auteurs eens dat een drukmeting tijdens inspanning (dynamische drukmeting) onvoldoende betrouwbaar is voor het stellen van de diagnose 'chronisch compartimentsyndroom'.

Het meten van de druk gebeurt in onze kliniek met een 'side-ported' naald zoals die door de firma Stryker (Stryker Medical, Eindhoven) geleverd wordt. Volgens de literatuur is deze methode even betrouwbaar als meting met een zogenaamde Slit-catheter. In de literatuur is geen consensus over de hoogte van de druk waarop de diagnose 'chronisch compartimentsyndroom' gesteld kan worden. Gezien onze goede resultaten die wij tot nu toe behaald hebben met onze fasciotomieën bij het door ons gebruikte beslisschema denken wij dat dit schema geen aanpassing behoeft.

Door middel van een inmiddels gestart prospectief onderzoek wordt nu onderzocht of met name de ondergrens van 50 mmHg direct na inspanning moet worden verlaagd.

E.J.M.M. VERLEISDONK  
C.J.M. VAN DEN HELDER  
H.A. HOOGENDOORN  
CHR. VAN DER WERKEN

Utrecht, februari 1997

*Incidentie en behandeling van prostaatcarcinoom in de regio van het Integraal Kankercentrum Amsterdam, 1989-1994*

In hun artikel constateren Visser en Horenblas (1996;2627-31) dat de incidentie van het prostaatcarcinoom in de regio van het Integraal Kankercentrum Amsterdam (IKA) van 1989 tot 1994 is toegenomen met 38%. In tegenstelling tot verscheidene Amerikaanse onderzoekers vinden zij geen verschuiving naar vroegere stadia.

In de regio van het Integraal Kankercentrum Limburg (IKL) is van 1988 tot 1995 eveneens een sterke stijging waargenomen van de incidentie van het prostaatcarcinoom (tabel). In deze 8 jaar steeg het naar de Europese standaardbevolking gestandaardiseerde incidentiecijfer eveneens met 38% van 55,7/100.000 persoonsjaren in 1988-1989 naar 77,1/100.000 persoonsjaren in 1994-1995. In tegenstelling tot de bevindingen

van Visser en Horenblas in de IKA-regio blijkt dat in de IKL-regio de stijging van het aantal prostaatcarcinomen bijna volledig verklaard kan worden door een stijging van het aantal gelokaliseerde tumoren. Wanneer men uitgaat van gestandaardiseerde incidentiecijfers bedraagt de stijging van het aantal T4/N+/M1-tumoren (gebaseerd op de klinische TNM-classificatie) in deze periode slechts 6%. De stijging van het aantal T1-3-tumoren (in principe curatief te behandelen) bedraagt daarentegen 68%. De discrepantie tussen de bevindingen in de IKA- en de IKL-regio is vrij groot. Indien de toename van het prostaatcarcinoom verklaard wordt door een toegenomen toepassing van het prostaatspecifiek antigeen (PSA), zou het te verwachten zijn dat de stijging van het aantal prostaatcarcinomen vooral de vroege stadia betreft. Dit is dan ook waargenomen in de meeste Amerikaanse onderzoeken.<sup>3-5</sup> Voor het geobserveerde verschil tussen de IKA- en de IKL-regio zijn enkele verklaringen denkbaar. Zo hebben wij alleen gebruikgemaakt van de stadiëring op basis van klinische gegevens. Uit de publicatie van Visser en Horenblas is niet altijd duidelijk in hoeverre gebruikgemaakt is van de pathologische stadiëring. Doordat de pathologische stadiëring bij het prostaatcarcinoom vaak tot een hoger stadium leidt, zou dit een gedeelte van het verschil kunnen verklaren. Verder hebben wij de trends bestudeerd met behulp van gestandaardiseerde incidentiecijfers en niet met behulp van proporties. De stijging van de prostaatcarcinoomincidentie in de IKL-regio blijkt, in tegenstelling tot die in de IKA-regio, nagenoeg geheel toegeschreven te kunnen worden aan de stijging van het aantal gelokaliseerde (curatief te behandelen) tumoren.

LITERATUUR

<sup>1</sup> International Union Against Cancer (UICC). TNM classification of malignant tumours. 4th ed. Berlin: Springer, 1987.  
<sup>2</sup> International Union Against Cancer (UICC). TNM classification of malignant tumours. 4th rev. ed. Berlin: Springer, 1992.  
<sup>3</sup> Schwartz KL, Severson RK, Gurney JG, Montie JE. Trends in the stage specific incidence of prostate carcinoma in the Detroit metropolitan area, 1973-1994. Cancer 1996;78:1260-6.  
<sup>4</sup> Stephenson RA, Smart CR, Mineau GP, James BC, Janerich DT, Dibble RL. The fall in incidence of prostate carcinoma. On the down side of a prostate specific antigen induced peak in incidence - data from the Utah Cancer Registry. Cancer 1996;77:1342-8.  
<sup>5</sup> Polednak AP. Trends in prostate carcinoma incidence in Connecticut (1988-1994) by age and race. Cancer 1997;79:99-103.

L.J. SCHOUTEN  
L.A.L.M. KIEMENEY  
V. ZAMBON

Maastricht, januari 1997

Verdeling van 2046 prostaatcarcinomen (1988-1995) in de regio van het Integraal Kankercentrum Limburg naar stadium (gebaseerd op de klinische TNM-classificatie) en diagnosejaar

diagnose- jaar	stadium*						totaal	
	T1-3		TX		T4, N+ of M1		n	ESR†
	n	ESR†	n	ESR†	n	ESR†		
1988-1989	221	30,0	41	5,9	146	19,8	408	55,7
1990-1991	248	31,7	51	7,3	151	19,8	450	58,8
1992-1993	313	38,2	49	7,0	163	20,0	525	65,1
1994-1995‡	439	50,5	45	5,7	179	21,0	663	77,1

\*Stadiumindeling volgens TNM-classificatie: diagnosejaren 1988-1992: versie 1987;<sup>1</sup> 1993-1995: versie 1992.<sup>2</sup>  
†Naar de Europese standaardbevolking gestandaardiseerd incidentiecijfer per 100.000 persoonsjaren.  
‡Cijfers voor 1995 nog voorlopig.

*Hyperbilirubinemie bij gezonde voldragen pasgeborenen: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*

Het artikel van Fetter et al. zal door velen met belangstelling zijn gelezen (1997;140-3). Het artikel beoogt niet alleen een richtlijn te bieden ten aanzien van de diagnostiek en de behandeling voor de kinderarts, maar ook een richtlijn ten aanzien van diagnostiek en verwijzing voor de huisarts en niet in het minst voor de verloskundige. Waar het dit laatste betreft, is twijfel gerechtvaardigd of de in tabel 2 weergegeven richtlijnen voor bepaling van de bilirubineconcentraties in de praktijk wel uitvoerbaar zijn. Hoe immers stelt men zich voor om bij de thuis verblijvende pasgeborene elke 4-6 uur de bilirubineconcentratie te meten vanaf een waarde van 210 µmol/l (bij een leeftijd van 24-48 uur), 260 µmol/l (bij een leeftijd van 49-72 uur) en 290 µmol/l (> 72 uur)? In de praktijk zou zulks betekenen dat de pasgeborene een aantal malen per dag naar de bloedafnamedienst van een ziekenhuis of laboratorium moet